



Jordan Health at Padilla es un centro de salud escolar que se ofrece en el campus de Franklin. Está disponible para todos los estudiantes que asisten al campus. Se adjunta un formulario de inscripción y una hoja de datos demográficos de la familia que un padre o tutor legal debe completar y devolver a la escuela con su hijo. Si usted es el tutor legal, envíe una copia de la documentación legal firmada por un juez junto con los formularios completados. Los necesitaremos antes de poder brindarle servicios a su hijo.

Contamos con una enfermera especializada con licencia en el lugar que puede atender las necesidades médicas de su hijo, así como colaborar con la atención del proveedor de atención primaria de los estudiantes. Si el estudiante no tiene un proveedor de atención primaria, la enfermera con licencia en el SBHC puede servir como proveedor de atención primaria del estudiante. En caso de que el Proveedor de SBHC no esté disponible, Anthony L. Jordan tiene varias ubicaciones donde se pueden satisfacer las necesidades médicas del estudiante. Si hay una emergencia, llame al (585) 324-3726. Todos los servicios se ofrecen sin costo alguno para usted. Facturamos seguros y si su hijo no tiene seguro y usted está interesado en inscribirse en un seguro, comuníquese con nosotros al **(585) 324-3726**.

**\*\* Por favor asegúrese de que los formularios estén completos y firmados**

**\*\***

**Servicios ofrecidos:**

Exámenes físicos

Visitas de niños enfermos

Recetas de medicamentos y recambios.

**(Se aplican restricciones)**

Inmunizaciones

Servicios de planificación familiar

**\*\* Asegúrese de que los formularios estén completos y firmados \*\***

Los formularios completos se pueden enviar **por correo, fax o correo electrónico** a:

Campus de Franklin  
Habitación 241  
950 Norton Street  
Rochester, Nueva York 14621

Por correo electrónico enviado por fax  
(585)336-5525

FranklinSBHC@jordanhealth.org



**CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA \* CAMPUS EDUCATIVO PADILLA**  
**950 Norton St. Rochester, NY 14621 - 585-324-3726**

**Servicios de salud en la escuela**

Autorizo a mi hijo a recibir servicios de cuidado proporcionados por el personal de Jordan Health como parte del programa Clínica de Salud en la Escuela (SBHC, por sus siglas en inglés) aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor médico estará garantizada en áreas de servicios específicos de acuerdo con la ley, y que se incentivará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios de SBHC pueden incluir, a título enunciativo:

1. Examen físico íntegro (examen médico completo) incluidos los exámenes para la escuela, deportes, papeles de trabajo y nuevos ingresantes.
2. Análisis de laboratorio con prescripción médica, tales como anemia, célula falciforme, y diabetes.
3. Atención y tratamiento médico, incluidos diagnóstico de enfermedades severas y crónicas, y expendio y prescripción de medicamentos.
4. Servicios de salud mental, incluidos evaluación, diagnóstico y derivaciones para asesoramiento.
5. Servicios de salud reproductiva, incluidos anticoncepción (píldoras anticonceptivas, etc.), pruebas de embarazo, análisis y tratamiento de ETS, análisis de VIH, PAP y derivaciones por resultados anormales según corresponda para la edad.
6. Nutrición y asesoramiento sobre peso
7. Educación para la salud y asesoramiento para la prevención de conductas que implican riesgos tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación sobre abstinencia y prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH según corresponda para la edad.
8. Derivaciones para servicios no proporcionados por el Centro de salud en la escuela.

**Autorización de divulgación de información conductual y/o médica**

Mi firma en el dorso de este documento autoriza el intercambio de información entre SBHC y la Enfermería Escolar del Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y los maestros, administradores, consejeros, y trabajadores sociales de la escuela de mi hijo. Asimismo, autorizo el intercambio de información médica con otros proveedores médicos que hayan examinado al estudiante mencionado en este formulario y nuestro proveedor de seguro. Comprendo que solo la información requerida por la ley del estado y/o la información para proteger la salud y seguridad del estudiante será divulgada a la Enfermería y solo la información necesaria para proporcionar continuidad de atención será intercambiada con otras oficinas de atención médica.

La información requerida por RCSD puede incluir, a título enunciativo:	La información para proteger la salud y seguridad puede incluir, a título enunciativo:	La información para proporcionar continuidad de atención médica puede incluir, a título enunciativo:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes de nuevos ingresantes</li> <li>• Inmunizaciones</li> <li>• Chequeo de visión y audición</li> <li>• Resultados de la prueba de tuberculina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia</li> <li>• Afecciones que limitan la capacidad de un estudiante para desempeñar todo su potencial</li> <li>• Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (NO incluye infecciones por VIH/ITS y otros servicios confidenciales protegidos por ley)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes físicos e inmunizaciones</li> <li>• Enfermedades, incluidos medicamentos prescritos y resultados de cualquier prueba de diagnóstico</li> <li>• Resultados de controles realizados en relación con problemas médicos severos o crónicos</li> <li>• Derivaciones realizadas a especialistas externos</li> </ul>

**\*Comprendo que:**

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento entregando un pedido escrito a la dirección de SBHC que se indica arriba, con excepción de las divulgaciones ya realizadas con mi autorización previa.
- Si la persona o institución que recibe la información médica privada divulgada no es un proveedor de atención médica o seguro médico cubierto por las normas de privacidad, la información que se indica arriba podría ser re-divulgada.
- Si la información autorizada se encuentra protegida por Normas Federales de Confidencialidad relacionadas con el abuso de sustancias, no podrá ser divulgada sin mi consentimiento escrito, salvo que las normas establezcan lo contrario.
- La divulgación de información sobre VIH requiere autorización adicional.

La divulgación de información queda autorizada DESDE: La fecha de firma de este formulario HASTA: La fecha en que el estudiante ya no esté inscrito en SBHC

**NO OLVIDE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO**



**Información del estudiante:** Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Apellido, nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Número de Seguro Social del estudiante** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Transgénero \_\_\_\_

Etnia: Latino \_\_\_\_ Negro \_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Hispano: Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

El estudiante vive con: Madre \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_ **Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Información del tutor legal si es diferente de los padres:**

Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_

Habla a \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de trabajo: \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**

**Nombre de la compañía de seguros:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación del seguro:** \_\_\_\_\_ **No de CIN de Medicaid:** \_\_\_\_\_

**Fecha del último examen físico completo:** \_\_\_\_\_

**Información del médico de cabecera:**

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Habla a:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**FARMACIA:** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_

*He leído y comprendo los servicios indicados (SERVICIOS DE SALUD EN LA ESCUELA) y mi firma debajo documenta el consentimiento para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por SBHC en el campus educativo Franklin. NOTA: Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para realizar chequeos obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con conductas sexuales y prevención de embarazos, y la provisión de servicios cuando la salud del estudiante estuviese en riesgo. No se requiere el consentimiento de los padres para los estudiantes mayores de 18 años o para los estudiantes que son padres o legalmente capaces de firmar por propio derecho.*

*Mi firma indica que he recibido una copia de las prácticas de Notificación de Privacidad.*

*He leído y comprendo la divulgación de información médica del dorso de este formulario y mi firma indica mi consentimiento para divulgar información médica según lo especificado. Esto incluye la divulgación a otros médicos, y compañías aseguradoras de salud con fines de facturación según sea necesario.*

Firma del Padre / Tuto \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Approved for FP/MH \_\_\_\_\_ ALL \_\_\_\_\_

Practice Manager \_\_\_\_\_



## Divulgación de información del Centro de salud en la escuela de Jordan Health at Padilla

Yo, \_\_\_\_\_, padre o tutor legal de \_\_\_\_\_,  
(nombre del padre/tutor legal) (nombre del estudiante)

cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_, doy mi autorización para que \_\_\_\_\_  
(nombre del médico)

comparta todos los registros de salud del estudiante con el Centro de salud en la escuela de Jordan Health at Padilla. Incluya los registros más recientes de exámenes físicos y vacunas, y la siguiente información si está inicialada:

\_\_\_\_\_ Salud mental  
(Iniciales)

\_\_\_\_\_ VIH/SIDA  
(Iniciales)

\_\_\_\_\_ Tratamiento de alcohol/drogas  
(Iniciales)

Solicito estos registros de salud para que Jordan Health pueda proporcionar servicios de atención médica en las escuelas al estudiante mencionado anteriormente.

Mi autorización para compartir es válida mientras el estudiante esté inscrito en la Clínica de salud en la escuela de Jordan Health at Padilla.

Comprendo que:

- Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento. Puedo hacerlo por escrito a: Practice Manager, Jordan Health at Padilla, 82 Holland Street, Rochester, NY 14605. Si el registro de salud ya ha sido compartido, puede ser demasiado tarde para cancelar mi autorización.
- Jordan Health at Padilla puede compartir el registro de salud según lo permitan las leyes estatales y federales.
- Si he dado mi autorización para compartir registros de salud mental, VIH/SIDA o tratamiento de alcohol/drogas, Jordan Health at Padilla no puede compartir esa información sin mi autorización a menos que lo permita la ley estatal o federal.
- El hecho de otorgar mi autorización para compartir los registros de salud del estudiante es voluntario y su tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios no está condicionado a mi autorización. Sin embargo, entiendo que al estudiante se le puede negar tratamiento en algunos casos si no firmo este formulario.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Describa cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar este formulario: \_\_\_\_\_

He dado una copia de este formulario firmado al padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal y fecha

**A la práctica que recibe esta autorización para divulgar información: Envíe por fax o correo a:**

Jordan Health at Padilla  
322 Lake Avenue  
Rochester, NY 14608  
Fax: 585-336-5525

Preguntas - llame 585-324-3726